

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 7항목)

- 2022. 9. 29. 공개

연번	제 목	페이지
1	외상 등 사유로 시행한 입원 인정여부(10사례)	1
2	외상 등 사유로 시행한 입원 인정여부(7사례)	5
3	Eculizumab주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab주사제(품명: 울토미리스주) 영양급여 대상여부(88사례)	9
4	심실 보조장치 치료술(VAD) 영양급여 대상여부(14사례)	25
5	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상여부(43사례)	30
6	Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 졸겐스마주) 영양급여 대상여부(5사례)	34
7	조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상여부(364사례)	36

## 1. 외상 등 사유로 시행한 입원 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ 사례1(여/51세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용4인실입원료 1\*1\*14

#### ○ 사례2(남/41세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용4인실입원료 1\*1\*14

#### ○ 사례3(여/46세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용4인실입원료 1\*1\*14

#### ○ 사례4(남/26세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용4인실입원료 1\*1\*14

#### ○ 사례5(남/37세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용4인실입원료

1\*1\*14

#### ○ 사례6(여/41세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원W 의·치과 4인실입원료

1\*1\*14

#### ○ 사례7(여/64세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료

1\*1\*14

#### ○ 사례8(여/58세)

- 청구 주상병명: 요추 및 골반의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실5입원료

1\*1\*14

#### ○ 사례9(여/54세)

- 청구 주상병명: S3350 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료

1\*1\*14

○ 사례10(여/50세)

- 청구 주상병명: 요추 및 골반의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료

1\*1\*14

■ 심의내용 및 결과

- 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 이 건(10사례)은 외상 후 ‘요추의 염좌 및 긴장’ 등 상병으로 통증조절 및 경과관찰을 위해 15일간 입원을 시행한 것으로, 진료내역을 참조하여 다음과 같이 사례별로 결정함.

- 다 음 -

○ 사례1(여/51세)

내원 전일 고추모종 옮기다 넘어져 다친 후 발생한 요통을 주호소로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급 간호관리료 적용 4인실 입원료’를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원당일 일률적으로 처방된 진통제 투약 외에는 통증 조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않음. 또한, 제출된 진료기록부에서 환자의 심한 통증에 대한 구체적인 기록과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적인 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례2(남/41세)

내원 전일 계단에서 짐 옮기다 넘어진 후 발생한 요통을 주호소로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급 간호관리료 적용 4인실 입원료’를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 일률적으로 처방된 진통제 투약 외에는 통증조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않음. 또한, 제출된 진료기록부에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례3(여/46세)

내원 전일 생수박스를 들다 넘어져 다친 후 발생한 요통 및 우측 손목 통증을 주호소로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급 간호관리료 적용 4인실 입원료’를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 일률적으로 처방된 진통제 투약 외에는 통증조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않음. 또한, 제출된 진료기록부에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의

제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례4(남/26세)

내원 2일 전 헬스장에서 운동하다가 다친 후 발생한 요통 및 우측 손목 통증을 주소로 15일 입원 진료 후 '가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급 간호관리료 적용 4인실 입원료'를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 일률적으로 처방된 진통제 투약 외에는 통증조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않음. 또한, 제출된 진료기록부에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례5(남/37세)

내원 전일 징검다리에서 넘어져 다친 후 발생한 요통 및 좌측 발목 통증을 주소로 15일 입원 진료 후 '가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급 간호관리료 적용 4인실 입원료'를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 일률적으로 처방된 진통제 투약 외에는 통증조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않음. 또한, 제출된 진료기록부에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례6(여/41세)

내원 5일 전 목욕탕에서 미끄러져 넘어진 후 발생한 요통을 주소로 15일 입원 진료 후 '가2다(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 4인실입원료'를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 외래에서 시행 가능한 신경차단술 외에는 통증 조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않음. 또한, 신경차단술 시행 이후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생에 대한 기록이 없고, 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한이 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례7(여/64세)

내원 2일 전 양파 작업 중 발생한 요통을 주소로 15일 입원 진료 후 '가2다(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 4인실입원료'를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한이 확인되지 않음. 또한, 신경차단술 시행 이후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생에 대한 기록도 없어 장기간 입원을 통한 환자 상태 관찰은 필요하지 않다고 판단됨. 다만, 신경차단술 시행 후에도 지속되는 허리 통증으로 통증 경감을 위한 추가 신경차단술 시행 등의 적극적인 처치가 확인되고, 통증경감 여부 및 외상으로 인한 골절 등의 감별진단을 위한 경과관찰 기간이 필요하므로 **청구된 입원료 중 9일을 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례8(여/58세)

내원 2일 전 산소에서 미끄러져 넘어진 후 발생한 요통을 주소로 15일 입원 진료 후 '가2다(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 4인실입원료'를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 외래에서 시행 가능한 신경차단술 외에는 통증 조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않음. 또한, 신경차단술 시행 이후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생에 대한 기록이 없고, 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한이 확인

되지 않는 바, 청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례9(여/54세)

내원 3일 전 계단에서 헛디더 넘어진 후 발생한 요통 및 우측발목 통증을 주호소로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료’를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 신경차단술 시행 이후 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생에 대한 기록이 없어 장기간 입원을 통한 환자 상태 관찰은 필요하지 않다고 판단됨. 다만, 다발성 외상 및 단하지 부목 고정 등으로 일상생활에 제한이 있는 점을 고려하여 청구된 입원료 중 6일을 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.

○ 사례10(여/50세)

내원 1일 전 베란다에서 미끄러져 넘어진 후 발생한 요통을 주호소로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 4인실입원료’를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 외래에서 시행 가능한 신경차단술 외에는 통증 조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않음. 또한, 신경차단술 시행 이후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생에 대한 기록이 없고, 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한이 확인되지 않는 바, 청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「입원료 일반원칙」 (고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1]

[2021.10.7. 광주지원 입원료 지역분과위원회]

[2022.7.28.,2022.8.11. 입원료심사조정위원회]

[2022.8.9., 2022.8.23. 중앙심사조정위원회]

## 2. 외상 등 사유로 시행한 입원 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ 사례1(남/20세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역,서울특별시  
및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [내,소,정신과] 1\*1\*15

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역,서울특별시  
및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지 내,소,정신과] 1\*1\*5

#### ○ 사례2(여/47세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역,서울특별시  
및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [내,소,정신과] 1\*1\*15

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역,서울특별시  
및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지 내,소,정신과] 1\*1\*5

#### ○ 사례3(남/67세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료-의료취약지역,서울특별시  
및광역시구지역소재요양기관이아닌경우[내,소,정신과] 1\*1\*13

가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료-의료취약지역,서울특별시  
및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지 내,소,정신과] 1\*1\*7

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역,서울특별시  
및광역시구지역소재요양기관이아닌경우[내,소,정신과] 1\*1\*2

#### ○ 사례4(여/60세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료-의료취약지역,서울특별시  
및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [내,소,정신과] 1\*1\*13

가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료-의료취약지역,서울특별시  
및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지 내,소,정신과] 1\*1\*12

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역,서울특별시  
및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [내,소,정신과] 1\*1\*2

#### ○ 사례5(남/63세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역,서울특별시  
및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 1\*1\*15

가2마(3) AB397800 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지] 1\*1\*5

○ 사례6(여/38세)

- 청구 주상병명: 미추의 골절, 폐쇄성

- 주요 청구내역:

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역,서울특별시 및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 1\*1\*15

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역,서울특별시 및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지] 1\*1\*5

○ 사례7(남/62세)

- 청구 주상병명: 요추의 염좌 및 긴장

- 주요 청구내역:

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역,서울특별시 및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [내,소,정신과] 1\*1\*15

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역,서울특별시 및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지 내,소,정신과] 1\*1\*5

■ 심의내용 및 결과

○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법」 및 「입원료 일반원칙 (고시 제2021-4호, 2021.2.1. 시행)」에 의하면 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학 적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨. 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정 하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함.

○ 이 건(7사례)은 외상 후 ‘요추의 염좌 및 긴장 등’ 상병으로 통증조절 및 경과관찰을 위해 21~29일 입원을 시 행한 것으로, 사례1~4에 해당하는 기관은 제출된 소견서에 환자 상병에 관계없이 일률적으로 “식욕부진이 심 하여 면역력 저하가 심하였습니다.” 등의 내용이 기재되어 있으나 입원기간 중 이를 증명할 수 있는 기록 및 검사 등이 확인되지 않는 바, 의학적으로 타당하지 않다고 판단함.

○ 따라서, 이 건(7사례)은 다음과 같이 사례별로 결정함.

- 다 음 -

○ 사례1(남/20세)

내원당일 계단에서 구른 뒤 발생한 허리통증을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2마(3) 병원, 정신병원, 한방병 원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료’ 등을 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상 생활의 제한 등에 대한 기록이 미비하고 입원기간 중 잦은 외출을 시행하는 등 입원의 필요성을 확인할 수 없 음. 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, 청구된 입원료는 모두 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.

○ 사례2(여/47세)

내원당일 계단에서 미끄러져 넘어진 후 발생한 오른쪽 어깨 및 허리통증을 주호소로 21일 입원하여 ‘가2마(3) 병원, 정신병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료’ 등을 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 등에 대한 기록이 미비하고 입원기간 중 잦은 외출을 시행하는 등 입원의 필요성을 확인할 수 없음. 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례3(남/67세)

내원 전일 밭에서 넘어진 후 발생한 허리통증을 주호소로 23일 입원 진료 후 ‘가2다(3) 병원, 정신병원, 치과 병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료’ 등을 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원하였다고 하나, 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 등에 대한 기록이 없고 입원기간 중 잦은 외출을 시행하는 등 입원의 필요성을 확인할 수 없음. 다만, 입원기간 동안 조절되지 않는 혈당과 관련하여 경구 혈당강하제로 조절이 되지 않고 스테로이드 투여 기록도 확인된 점을 고려하여 혈당 조절을 위한 지속적 관찰이 필요한 경우로 판단되는 바, **청구된 입원료 중 13일을 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례4(여/60세)

내원 1주 전에 차에 머리를 부딪힌 후 뒤로 넘어지면서 발생한 두통 및 허리 통증을 주호소로 28일 입원 진료 후 ‘가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료’ 등을 청구한 사례임.

수상 이후 두통 등의 증상이 지속되어 입원한 환자로, 외상 후 감별진단 등을 위한 일정기간 경과관찰 필요성은 확인됨. 다만, 입원 당일 촬영한 CT 결과 외상과 관련된 뇌 병변은 확인되지 않아 외상성 뇌손상에 대한 위험성은 해소된 것으로 판단되고, 제출된 진료기록부 등에서 잦은 외출을 시행하는 등 장기간 입원하여 지속적인 관찰이 필요한 사유가 확인되지 않으므로 **청구된 입원료 중 2일을 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례5(남/63세)

내원 1일 전 산에서 벌초하던 중 미끄러져 넘어진 후 발생한 왼쪽 어깨 및 요추부 통증을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2마(3) 병원, 정신병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료’를 청구한 사례임.

통증 조절을 위해 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증을 확인할 수 있는 척도 및 양상에 대한 구체적인 기록이 미비하고, 입원 중 약물 조절 등의 적절한 치료 및 검사를 시행한 내역이 확인되지 않음. 이에, 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례6(여/38세)

‘미추의 골절, 폐쇄성’ 등 상병으로 21일 입원하여 ‘가2마(3) 병원, 정신병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료’를 청구한 사례임.

타병원에서 동일 상병으로 4일간 입원진료를 시행한 환자로, 제출된 진료기록부 등에서 통증을 확인할 수 있는 척도 및 양상에 대한 구체적인 기록이 미비하고 입원 중 약물 조절 등의 적절한 치료 및 검사를 시행한 내역이 확인되지 않음. 다만, 골절로 인한 통증으로 일정기간 통증경감 여부 및 환자 상태에 대한 경과관찰 기간이 필요하므로 **청구된 입원료 중 6일을 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례7(남/62세)

내원 1일 전 어지럼증 호소 후 목판 나르다가 넘어진 후 발생한 허리 및 무릎 통증을 주호소로 21일 입원 진료 후 '가2마(3) 병원, 정신병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료'를 청구한 사례임. 수상 이후 어지럼증 등의 증상이 지속되어 입원한 환자로, 입원 당일 촬영한 MRI 결과 외상과 관련된 뇌 병변은 확인되지 않아 외상성 뇌손상에 대한 위험성은 해소된 것으로 판단됨. 이에, 장기간 입원을 통한 환자 상태 관찰은 필요하지 않다고 판단되어 **청구된 입원료 중 2일을 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.**

■ 참고

- 「입원료 일반원칙」 (고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1]

[2021.7.29 전주지원 정형외과 분과위원회]

[2022.8.25. 입원료심사조정위원회]

[2022.9.6. 중앙심사조정위원회]

### 3. Eculizumab주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부

- 위원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행 및 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행)에 따라 솔리리스주 및 울토미리스주 요양급여 대상여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2018-165호, 2018. 7. 1. 시행) 및 「Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 사전승인 등에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2021-165호, 2021. 6. 7. 시행)에 의거하여
  1. 사전승인 신청기관은 사전승인 신청에 대한 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 솔리리스주 또는 울토미리스주를 투여하여야 함. 다만, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제4조제2항).
  2. 솔리리스주 또는 울토미리스주의 요양급여 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 작성하여 위원에 제출하여야 함. 또한, 솔리리스주 비정형 용혈성 요독 증후군의 경우 위 공고 별지 제3호 서식에 따라 치료 시작 후 2개월에 초기 모니터링 보고서를 추가 제출하여야 함(제8조제1항). 모니터링 보고서를 부득이한 사유로 제출 할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있음(제8조제2항).

#### □ 심의결과

(단위: 사례)

심의년월	약제명	상병명	전체	승인신청		재심의 승인신청		이의신청		모니터링		보고
				승인	불승인	승인	불승인	인정	기각	승인	불승인	
총계			88	4	4	0	2	0	0	70	4	4
2022. 8.	솔리리스주	발작성 야간 혈색소뇨증	7	0	0	0	0	0	0	4	0	3
		비정형 용혈성 요독 증후군	15	1	2	0	2	0	0	7	3	0
	울토미리스주	발작성 야간 혈색소뇨증	66	3	2	0	0	0	0	59	1	1

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 모니터링 보고(1사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2022. 8.	A	여/80	19	114개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고, 이 사례는 위 고시 제1호가목 3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 지속 투여를 승인함.

○ 투여중지 모니터링(3사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	심의내용
2022. 8.	A	여/47	8차	급여 투여중지 모니터링 지속	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고, 위 고시 제1호가목 3) 나) (2)는 의학적 정당한 이유없이 솔리리스주 투여를 6개월에 3회 이상 받지 않은 경우는 투여를 지속할 수 없다고 규정하고 있음. 이 사례들은 임상시험 전환 대상으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 이와 유사한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함. 단, 급여로 재투여하고자 할 때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함.
	B	여/68	19차		
	C	남/53	19차		

○ 보고사항(3사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	보고내용
2022. 8.	A	남/69	3차	투여종료	이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 환자로서 2021.1.18.부터 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 하였음. 이후 2021년 11월 진행성 위암 진단되어 수술 후 치료 중 사망하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 종료함.
	B	남/60	4차	투여종료	이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 환자로서 2020.7.20.부터 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여하였음. 이후 동반된 myelofibrosis에 대하여 동종조혈모세포이식 시행하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 종료함.
	C	여/42	9차	투여종료	이 사례는 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 승인 대상자로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 종료함.

□ 비정형 용혈성 요독 증후군(aHUS: atypical Hemolytic Uremic Syndrome)

○ 승인신청(3사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 8.	A	남/73	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 general weakness 및 신기능 저하, 혈전미세혈관병증의 세 번째 재발로 비정형 용혈성 요독 증후군을 의심하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 자료를 확인한 결과, 분열적혈구 음성으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음.</p> <p>또한, 항혈소판제제 사용 및 감염 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대자에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
	C	여/63	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 좌측 nephrectomy 시행 후 anuria 및 비정형 용혈성 요독 증후군 소견으로 투석, steroid 치료 시행했으나 혈전미세혈관병증 소견 지속되어 Eculizumab(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 감염 및 Cervical Cancer 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 자)에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	D	남/61	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 ABO 부적합 신장이식 후 LDH 상승, 혈소판 수치 저하 등의 혈전미세혈관병증 소견으로 투석 및 혈장교환술 시행하며 Eculizumab(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 제1호나목 1)투여대상 에 적합하고 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당되지 않으므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인함.</p> <p>단, 투여 후 2개월 모니터링 보고서를 제출 시 ADAMTS-13 추가 검사 결과를 제출토록 함.</p>	승인

○ 재심의 승인신청(2사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 8.	A	남/49	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 지난 분과위원회에서(2022년 7월) LDH 정상상한치의 1.5배 미만으로 급여기준 투여대상에서 정한 활성형 혈전 미세혈관병증에 적합하지 않고 신장 기능 저하는 당뇨병성 만성 신부전의 경과 및 IgE 상승과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 제외대상에 해당되므로 불승인한 건임. 이후 신장 기능 저하 및 조절되지 않는 용혈 지속되어 투석 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함.</p> <p>추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상상한치의 1.5배 미만이며 최근 시행한 혈액 검사 상 분열적혈구 확인되지 않아 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 기존의 신장기능이 저하된 환자에서 신장손상의 정도가 명확하지 않으므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	
	B	남/66	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 지난 분과위원회(2020년 12월)에서 분열적혈구 음성, LDH 정상 상한치의 1.5배 미만으로 급여기준 투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않으며 기존의 신장기능이 정상인 환자에서 혈청 크레아티닌이 정상 상한치 미만으로 급여기준 투여대상에서 정한 신장손상에 적합하지 않아 불승인된 사례임. 이후 지속적인 신기능 악화, LDH 증가, haptoglobin 감소 등의 소견으로 재심의 승인신청함.</p> <p>추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈소판수 정상 하한치 이상, 분열적혈구 음성, LDH 정상 상한치의 1.5배 미만으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 혈청크레아티닌 정상 상한치 미만으로 1)투여대상 나)신장손상 기준에 해당하지 않으며 자가면역질환(ANA titer positive)</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증 배제되지 않아 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당하는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	

○ 모니터링 심의(10사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2022. 8.	A	남/34	2	6개월	지속투여 승인	이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 환자로 비정형 용혈성 요독 증후군과 관련된 유전자 변이가 발견되지 않은 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, LDH, Haptoglobin 정상화 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후('23년 2월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.
	B	여/24	4	18개월	지속투여 승인	이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 CFHR5 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 2021년 10월 신이식 시행 이후 1년 미만으로 지속투여를 승인하며, 추후('23년 2월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.
	C	남/33	5	24개월	지속투여 승인	이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 CFH 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후('23년 2월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.
	D	여/59	6	30개월	지속투여 불승인	이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하고 CFH 및 CFHR 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여에도 신기능이 악화되어 주 3회 이상 혈액투석을 지속하고 있어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여중단기준에 해당되므로 지속투여를 불승인함. 추후, 신장 이식 등으로 재투여 승인이 필요한 경우

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
						재신청토록 함.
	E	남/26	7	36개월	지속투여 승인	<p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 C3 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후('23년 2월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> <p>다만, Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여로 증상이 호전되어 중단을 권고하며, 3)치료효과 평가 다)투여 유지기준 (2)투여기간 (다)에 따라 중단한 이후 재발되어 재투여가 필요한 경우 사전신청서(ADAMTS-13, STEC 결과 생략 가능) 제출 후 즉시 투여 가능하며, 심의 결과 통보 전까지 투여 분을 요양 급여함을 안내함.</p>
	F	남/32	8	42개월	지속투여 불승인	<p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 CFH 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여에도 신기능이 악화되어 주 3회 혈액투석을 지속하고 있어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여중단기준에 해당되므로 지속투여를 불승인함. 추후, 안과 소견 악화 또는 신장 이식 등으로 재투여 승인이 필요한 경우 재신청토록 함.</p>
	G	남/53	8	42개월	지속투여 승인	<p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하고 비정형 용혈성 요독 증후군의 재발 및 가족력이 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후('23년 2월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>
	H	여/39	8	42개월	지속투여 불승인	<p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 CFB 유전자 변이가 확인된</p>

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
						<p>요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신기능 개선이 확인되며 2년 이상 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 지속 투여한 사례로 증상 호전되어 지속투여 불승인함.</p> <p>다만, 3)치료효과 평가 다)투여 유지기준 (2)투여기간 (다)에 따라 증상이 호전되어 중단한 이후 재발되어 재투여가 필요한 경우 사전신청서(ADAMTS-13, STEC 결과 생략 가능) 제출 후 즉시 투여 가능하며, 심의 결과 통보 전까지 투여 분을 요양 급여함을 안내함.</p>
	I	여/6	8	49개월	지속투여 승인	<p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하고 C3 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수 정상화, haptoglobin 및 LDH 호전, 신기능 개선이 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후('23년 2월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>
	J	남/53	8	49개월	지속투여 승인	<p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하고 비정형 용혈성 요독 증후군의 재발 및 가족력, CFH 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후('23년 2월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>

[Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부]

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 승인신청(5사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022.8.	A	여/79	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 PNH 과립구 클론 크기 95.9%, LDH 876IU/L인 환자로서 동반질환 신부전, 평활근 연속으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈변 및 타 질환과 동반된 복통으로 복통이 용혈과 연관이 있다고 판단하기 어려워 위 고시 제1호1)투여대상가)(4)평활근 연속에 해당되지 않으며, MRI상 hemosiderin 침착 명확하게 확인되지 않아 위 고시 제1호1)투여대상가)(3)신부전에 해당되지 않음. 또한, 호중구수 <math>0.5 \times 10^9/L</math> 미만, 혈소판수 <math>20 \times 10^9/L</math> 미만의 재생불량성 빈혈 의심되어 위 고시 제1호2)제외대상 나)에 해당되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 불승인함. 추후, 재심의 승인신청 시 최근 시행한 골수검사 결과 제출토록 함.</p>	불승인
	B	남/65	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 PNH 과립구 클론 크기 12.76%, LDH 1305IU/L인 환자로서 동반질환 폐부전으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, Doppler echography 상 폐동맥고혈압 및 정상적인 활동의 제한을 초래하는 흉통, 숨가쁨(New York Heart Association Class IV) 관련 심장내과 전문의 소견이 확인되지 않아 위 고시 제1호1)투여대상가)(2)폐부전에 적합하지 않으므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
	C	남/69	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 PNH 과립구 클론 크기 90.99%, LDH 3244IU/L인 환자로서 동반질환 신부전으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈액투석이 필요한 급성 신부전 확인되어 위 고시 제1호1)투여대상가)(3) 신부전에 적합하다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인
	D	남/44	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 PNH 과립구 클론 크기 89.7%, LDH 696IU/L인 환자로서 동반질환 혈전증으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 치료적 항응고제 요법이 필요했던 혈전, 색전증 기왕력 확인되어 위 고시 제1호1)투여대상가)(1)혈전증에 적합하다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인
	E	여/83	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 지난 분과위원회(2022년 6월)에서 치료적 항응고제 투여가 필요한 뇌경색 및 정상적인 활동의 제한을 초래하는 흉통, 숨가쁨(New York Heart Association Class IV), 폐동맥 고혈압 확인되나, 급여 기준 투여대상에서 정한 PNH granulocyte clone size 최근 검사 결과 확인되지 않아 자료보완토록 한 사례임. 추가 시행한 PNH 과립구 클론 크기 63.59% 위 고시 제</p>	승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			1호1)투여대상가)에 적합하다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.	

○ 모니터링 심의(5사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2022. 8.	A	남/73	2	12개월	지속투여 불승인	이 사례는 의학적 정당한 이유 없이 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여를 6개월에 1회 이상 받지 않은 사례로, 투여유지 기준에 해당되지 않아 모니터링 신청을 불승인함.
	B	남/43	2	12개월	지속투여 승인	이 사례는 동반질환 평활근연축으로 요양급여 승인 후 2021년 8월 6일부터 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 중인 환자로서 투여유지기준 적합하여 지속투여를 승인함.
	C	남/70	2	12개월	지속투여 승인	이 사례는 동반질환 폐부전으로 요양급여 승인 후 2021년 7월 14일부터 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 중인 환자로서 투여유지기준 적합하여 지속투여를 승인함. 단, 추후 모니터링 시 수혈량 증가에 대한 소견서 제출토록 함.
	D	여/78	2	12개월	지속투여 승인	이 사례는 동반질환 혈전증 및 신부전으로 요양급여 승인 후 2021년 7월 28일부터 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 중인 환자로서 투여유지기준 적합하여 지속투여를 승인함.
	E	남/73	2	12개월	지속투여 승인	이 사례는 동반질환 혈전증 및 신부전으로 요양급여 승인 후 2021년 7월 13일부터 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 중인 환자로서 투여유지기준 적합하며, monocyte PNH 클론크기 10% 이상으로 확인되어 지속투여를 승인함. 단, 추후 모니터링 시 PNH 클론크기 추적검사 결과 제출토록 함.

○ 모니터링 보고(52사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2022. 8.	A	남/36	2	12개월	지속투여 승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례들은 위 고시 제1호3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 지속 투여를 승인함.</p>
	B	남/23	2	12개월		
	C	남/89	2	12개월		
	D	남/43	2	12개월		
	E	여/46	2	12개월		
	F	남/56	2	12개월		
	G	여/75	2	12개월		
	H	남/62	2	12개월		
	I	여/33	2	12개월		

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	심의내용
					제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소노증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. 이 사례들은 위 고시 제1호3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 지속 투여를 승인함. 단, 추후 모니터링 시 LDH 검사주기는 6~10 주로 시행토록 함.
	J	여/40	2	12개월	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소노증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. 이 사례들은 위 고시 제1호3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 지속 투여를 승인함.
	K	여/58	2	12개월	
	L	여/53	2	12개월	
	M	남/41	2	12개월	
	N	여/37	2	12개월	
	O	여/68	2	12개월	
	P	남/47	2	12개월	
	Q	남/57	2	12개월	
	R	여/32	2	12개월	
	S	남/45	2	12개월	
	T	남/47	2	12개월	
	U	여/62	2	12개월	
	V	여/53	2	12개월	
	W	여/78	2	12개월	
	X	여/61	2	12개월	
	Y	여/59	2	12개월	
	Z	남/74	2	12개월	
	AA	남/90	2	12개월	
	AB	여/40	2	12개월	

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
	AC	남/57	2	12개월		
	AD	남/74	2	12개월		
	AE	여/35	2	12개월		
	AF	여/39	2	12개월		
	AG	남/59	2	12개월		
	AH	남/35	2	12개월		
	AI	남/59	2	12개월		<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례들은 위 고시 제1호3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 지속 투여를 승인함. 단, 추후 모니터링 시 ferritin 값을 제출토록 함.</p>
	AJ	여/56	2	12개월		
	AK	남/62	2	12개월		
	AL	남/61	2	12개월		
	AM	남/30	2	12개월		
	AN	여/49	2	12개월		
	AO	남/56	2	12개월		
	AP	남/48	2	12개월		
	AQ	남/36	2	12개월		
	AR	남/47	2	12개월		
	AS	남/76	2	12개월		
	AT	남/21	2	12개월		<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례들은 위 고시 제1호3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 지속 투여를 승인함.</p>

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	심의내용
	AU	남/79	2	12개월	
	AV	여/70	2	12개월	
	AW	남/71	2	12개월	
	AX	여/58	2	12개월	
	AY	남/48	2	12개월	
	AZ	여/49	2	12개월	

○ 투여중지 모니터링(3사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	심의내용
2022. 8.	A	여/54	2차	급여 투여중지 모니터링 지속	<p>요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제 2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있고, 위 고시 제1호3) 나) (2)는 의학적 정당한 이유 없이 울토미리스주 투여를 6개월에 1회 이상 받지 않은 경우는 투여를 지속할 수 없다고 규정하고 있음.</p> <p>이 사례들은 임상시험 전환 대상으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 이와 유사한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함. 단, 급여로 재투여하고자 할 때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함.</p>
	B	여/70	2차		
	C	여/42	2차		

○ 보고 사항(1사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	보고내용
2022. 8.	A	여/91	2차	투여종료	이 건은 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 환자로서 2021.8.19.부터 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여하였음. 이후 2022년 7월 melena, anemia 주 소로 내원 후 시행한 EGD상 Adenocarcinoma 진단되어 치료 중 컨디션 저하 및 AKI 악화로 사망하여

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	보고내용
					Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 종료함.

[2022.8.4.~9., 솔리리스주 분과위원회]

[2022.8.23. 중앙심사조정위원회]

[2022.8.18.~23. 솔리리스주 분과위원회, 2022.8.25. 솔리리스주 울토미리스주 분과위원회]

[2022.9.6. 중앙심사조정위원회]

4. 심실 보조장치 치료술(VAD\*) 요양급여 대상여부

- 우리원에서는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 따라 심실 보조장치 치료술 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 의거하여
  1. 실시기관은 심실 보조장치 치료술 대상자 사전승인 신청에 대하여 대상자로 결정하는 결과통보(심의일자 기준) 후 3개월 이내에 심실 보조장치 치료술을 실시하여야 함. 다만, 3개월을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재심의를 신청하여야 함.
  2. 심실 보조장치 치료술(VAD)의 승인을 받은 실시기관은 시술 후 환자상태, 합병증 발생유무, 시술 성공 여부 등에 대한 임상자료를 축적하여 아래 각 경우의 정해진 시점부터 30일 이내에 건강보험 심사평가원장에게 제출하여야 함. 다만, 사망, 심장이식 실시 또는 환자 추적 곤란 등으로 더 이상의 임상자료 제출이 어려운 경우에는 사유서를 사유 발생일로부터 30일 이내에 제출하여야 함.
    - 이식형 좌심실 보조장치 치료술: 퇴원 시, 시술 후 6개월, 시술 후 1년 이내, 시술 1년 이후 매 1년마다
    - 체외형 심실 보조장치 치료술: 시술 후 3개월, 이후 퇴원 시까지 매 3개월마다

\* VAD: Ventricular Assist Device

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 및 요양급여 대상 여부 심의결과 총괄

(단위: 건)

총계	실시기관 승인신청				요양급여 승인신청							
	이식형		체외형		이식형				체외형			
	승인	불승인	승인	불승인	계	승인	불승인	자료보완	계	승인	불승인	자료보완
14	-	-	-	-	12	10	2	-	2	2	-	-

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 14사례)

- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1. 적응증 ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 가. 심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료시, 나. 심장이식이 적합하지 않은 말기 심부전 환자(중략), ② 체외형 심실 보조장치 치료술 및 [별표2] 2. 금기증에 따라 부합 여부를 판단하여 인정하고 있음.

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(12사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/58세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2022년 4월 심근경색으로 관상동맥중재술

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			및 체외순환막형산화요법(ECMO) 시행 후 퇴원하였으나, 2022년 7월 심인성 쇼크 발생하여 ECMO 재적용하여 유지중임. 좌심실구혈률 10%, NYHA Class IV, Intermacs Level 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
B	남/48세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2022년 3월 좌심실구혈률 13%의 심부전 진단받고 입원치료 후 퇴원함. 지속적인 약물치료에도 불구하고 입원중이며 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 호전없으며, NYHA Class IV, Intermacs Level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
C	남/17세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 기능적 단심실, 대동맥궁 단절 등의 심장 복합기형 동반된 환자로 지속적으로 교정술 진행하여 2008년 폰탄수술 시행함. 2015년부터 심부전 악화되어 수술적 교정 및 심장재동기화치료 등 시행하였으나 좌심실구혈률 21%, NYHA Class III, Intermacs Level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
D	남/50세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 (DCMP) 환자로 2022년 5월 좌심실구혈률(LVEF) 15%의 DCMP 확인되어 이후 지속적인 약물치료 시행함. 2022년 7월 심인성 쇼크로 입원하여 정맥강심제 의존적인 상태로 LVEF 17% 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
E	남/64세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			심부전 증상 악화로 입·퇴원 반복하였으며 2022년 3월 삽입형 제세동기 삽입함. 좌심실구혈률 20%, NYHA Class IV 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
F	남/63세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 비후성 심근병증 환자로 2011년 삽입형 제세동기 시행함. 최근 1년간 심부전 증상으로 입·퇴원 반복하며 관련 치료 받았으며 2022년 3월부터 현재까지 입원 중임. 정맥강심제 의존적으로 NYHA Class III 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
G	남/72세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로 2004년, 2005년 관상동맥중재술(PCI), 2014년 삽입형 제세동기 시행함. 2022년 7월 심부전 증상 악화로 정맥강심제 적용하며 PCI 후 체외순환막형산화요법 유지 중임. 좌심실구혈률 22.2%, NYHA Class IV, Intermacs Level 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
H	남/68세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2022년 7월 심근경색으로 심정지 발생하여 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용 하에 관상동맥중재술 시행함. 이후 ECMO mode 변경하여 지속적으로 유지 중으로 좌심실구혈률 25~30%, NYHA class IV, Intermacs level 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
I	남/33세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 1988년 총 폐정맥 환류 이상(TAPVR)으로 교정술 시행 후 2007년부터 심부전 약물치료 시작함. 2018년 삽입형 제세동기 시행하

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			였으며 최근 호흡곤란 악화되어 입원하여 정맥강심제 의존적임. 좌심실구혈률 17%, NYHA class IV 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여를 승인함.
J	남/66세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2007년 관상동맥우회술 시행함. 2017년 좌심실구혈률(LVEF) 22% 확인되어 삼입형 제세동기 적용함. 최근 호흡곤란 부종 등의 악화로 입·퇴원 반복하였으며 정맥강심제 의존적으로 LVEF 20%, NYHA class IV 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
K	여/72세	불승인	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 심부전 환자로 2021년 12월부터 약물치료 시작함. 호흡곤란 등의 증상으로 입원치료하며 정맥강심제 의존적이거나 제출된 자료 상 좌심실구혈률 31% 확인되는 등 말기심부전에 해당되는 상태라 판단하기 어려워, 위 고시[별표2]의1.적응증에 해당된다고 볼 수 없어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 불승인함.
L	남/66세	불승인	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2022년 7월 관상동맥중재술 후 심정지 발생하여 체외순환막형산화요법 적용하여 현재까지 유지 중임. 좌심실구혈률(LVEF) 15~20%, NYHA class IV, Intermacs level 2 상태의 중증 심부전 소견 확인됨. 하지만 제출된 진료기록 등을 확인한 결과 현재 대상자의 상태가 [별표2] 금기증에 해당하는 중증 뇌손상을 배제할 수 없는 상태로 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여를 불승인함.

○ 체외형 좌심실 보조장치 치료술(2사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	여/7개월	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자임. 제태연령 38주, 2.8kg로 태어나 특이 출생력 및 과거력 없었으나 흉부방사선 상 심비대, 심장초음파상 좌심실구혈률(LVEF) 10~25% 확인되어 2022년 7월 30일 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용하였음. 이후 정맥강심제 사용하며 ECMO 유지 중으로 LVEF 10%, NYHA Class IV 등의 중증 심부전 상태 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
B	남/10세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 기능성 단심실 환자로 2012년 양방향성 상대정맥-폐동맥 단락술 후 심기능 저하 지속되어 추가 교정술 시행하지 못함. 2022년 8월 심장재동기화치료 적용하였으나 이후 심정지 발생하여 체외순환막형산화요법 유지 중임. 정맥강심제 사용 중으로 좌심실구혈률 13.4%, NYHA class IV 등의 중증 심부전 소견 확인됨. 이에, 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>

[2022.8.8.~9.,2022.8.9.~12. 심실 보조장치 치료술(VAD) 분과위원회]  
[2022.8.23. 중앙심사조정위원회]

[2022.8.22.~25.,2022.8.25.~26. 심실 보조장치 치료술(VAD) 분과위원회]  
[2022.9.6. 중앙심사조정위원회]

5. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상여부

- 우리원에서는 「**영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)**」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 스피라자주 영양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「**Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항**」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2019. 4. 8.시행)에 의거하여
  1. 스피라자주의 영양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 영양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
  2. 스피라자주 영양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항).
  3. 사전승인 신청기관은 영양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제3항).

□ 스피라자주 영양급여 대상여부(43사례)

(단위: 건)

전체		신청			모니터링			이의신청		
		소계	승인	불승인	소계	승인	불승인	소계	인정	기각
스피라자주	43	2	2	0	39	39	0	2	0	2

1. 스피라자주 영양급여 대상여부(41사례)

가. 스피라자주 투여 영양급여 신청(2사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	심의 결과	심의내용
2022. 8.	A	여	1세	2	승인	영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공 호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족 하는 경우에 인정하고 있음.  이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제 2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주 영양급여 대상으로 승인함.
	B	남	5세	3	승인	

나. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(39사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
2022. 8.	C	여	24m	I	'20.11.27	9	승인	이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다. 목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	D	여	4세	I	'19.03.07	14	승인	
	E	남	6세	I	'18.05.23	16	승인	
	F	여	22m	II	'21.10.15	6	승인	
	G	여	30세	II	'21.06.22	7	승인	
	H	여	41세	II	'21.06.29	7	승인	
	I	남	3세	II	'20.11.12	9	승인	
	J	여	18세	II	'20.03.04	11	승인	
	K	여	20세	II	'20.01.14	11	승인	
	L	여	26세	II	'20.03.04	11	승인	
	M	여	29세	II	'20.04.01	11	승인	
	N	여	13세	II	'19.10.29	12	승인	
	O	남	4세	II	'19.7.25.	13	승인	
	P	여	4세	II	'19.07.03	13	승인	
	Q	남	5세	II	'19.05.14	13	승인	
	R	여	6세	II	'19.05.28	13	승인	
	S	여	6세	II	'19.06.03	13	승인	
	T	여	7세	II	'19.06.21	13	승인	
	U	여	7세	II	'19.06.20	13	승인	
	V	남	7세	II	'19.07.09	13	승인	
W	여	8세	II	'19.05.29	13	승인		
X	여	8세	II	'19.07.01	13	승인		
Y	여	8세	II	'19.07.09	13	승인		
Z	여	9세	II	'19.05.27	13	승인		
Z1	여	11세	II	'19.05.21	13	승인		
Z2	여	12세	II	'19.07.02	13	승인		
Z3	여	13세	II	'19.06.06	13	승인		
Z4	남	13세	II	'19.06.27	13	승인		
Z5	남	14세	II	'19.07.21	13	승인		
Z6	남	14세	II	'19.07.17	13	승인		
Z7	남	15세	II	'19.06.27	13	승인		
Z8	남	20세	II	'19.07.12	13	승인		
Z9	남	20세	II	'19.07.03	13	승인		
Z10	남	5세	II	'18.07.06	16	승인		

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
	Z11	여	7세	II	'18.07.09	16	승인	
	Z12	남	40세	III	'22.03.10	5	승인	
	Z13	남	19세	III	'19.06.21	13	승인	
	Z14	여	22세	II	'20.06.30	10	승인	이 것은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여 스피라자주를 <u>요양급여 대상</u> 으로 승인함.
	Z15	여	23세	III	'19.12.04	11	승인	다만, 다음 모니터링 시 획득된 <u>운동기능평가(HFMSE) 점수를 확인할 수 있는 영상 및 스피라자주 투여 후 호전 되었다고 주관적으로 느끼는 운동기능을 확인할 수 있는 동영상 자료와 치료 계획서를 제출토록 함.</u> (운동기능평가도구에서 정한 점수 획득 기준을 준수하여 검사를 요함)

2. 스피라자주 요양급여 대상여부-이의신청(2사례)

가. 스피라자주 투여 모니터링 보고-이의신청(2사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
2022. 8.	Z16	남	24세	II	'21.06.18.	7	기각 (불승인)	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시 (2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에 의하면, 운동기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우 스피라자주 투여를 중단토록 정하고 있으며, 이 때 운동기능평가도구는 HINE-2 또는 HFMSSE를 사용토록 함.</p> <p>이 건은 제출된 운동기능평가(HFMSE) 결과 2회 이상 0점으로 이는 운동 기능의 유지로 볼 수 없다는 전문가의 의견으로 불승인 된 건임.</p> <p><u>이의신청 시 추가로 제출한 자료에서도 스피라자주 투여에 따른 운동기능의 유지 또는 개선이 입증되지 않아 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</u></p>
	Z17	남	19세	II	'20.04.14.	10	기각 (불승인)	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시 (2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에 의하면, 운동기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우 스피라자주 투여를 중단토록 정하고 있으며, 이 때 운동기능평가도구는 HINE-2 또는 HFMSSE를 사용토록 함.</p> <p>이 건은 제출된 자료로는 스피라자주 투여에 따른 운동기능의 유지 또는 개선이라고 판단할 수 없어 불승인 된 건임.</p> <p><u>이의신청 시 추가로 제출한 자료에서도 스피라자주 투여에 따른 운동기능의 유지 또는 개선이 입증되지 않아 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</u></p>

[2022.8.10. 스피라자주 분과위원회]

[2022.8.23. 중앙심사조정위원회]

6. Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 졸겐스마주) 영양급여 대상여부

- 우리원에서는 「영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부고시 제2022-181호, 2022. 8. 1.시행) 및 (경과규정) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자의 교체투여 인정 조건에 따라 졸겐스마주 영양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 졸겐스마주) 사전승인 등에 관한 세부사항」(건강보험심사평가원 공고 2022-189호, 2022. 8. 1.시행)에 의거하여
  1. 졸겐스마주의 영양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 졸겐스마주 영양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
  2. 졸겐스마주 영양급여를 승인받은 경우 6개월마다 별지 제3호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조).

□ 졸겐스마주 영양급여 대상여부(5사례)

(단위: 건)

전체		영양급여 신청				교체투여 신청			
		소계	승인	불승인	자료보완	소계	승인	불승인	자료보완
졸겐스마주	5	-	-	-	-	5	3	1	1

○ 졸겐스마주 영양급여 대상여부

- 졸겐스마주 교체투여 신청(5사례)

심의년월	사례	성별	나이	심의 결과	심의내용
2022. 8.	A	여	24개월	승인	이 건은 「영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항 (약제)」(보건복지부 고시 제2022-181호, 2022. 8. 1.시행) (경과규정) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자의 교체투여 인정 조건에 명시된 급여개시일(2022.8.1.) 이전부터 Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자로서 가. 투여대상 조건을 모두 만족하고, 나. 제외기준에 해당하지 않으므로 Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 졸겐스마주)로의 교체 투여를 승인함.
	B	여	24개월	승인	

	C	여	23개월	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」(보건복지부 고시 제2022-181호, 2022. 8. 1.시행) (경과규정) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자의 교체 투여 인정 조건에 의하면, 영구적 인공호흡기 사용이 필요하거나 기관절개술 (tracheostomy)을 받은 경우 졸겐스마주로의 교체투여에서 제외토록 정하고 있음.</p> <p>이 건은 만성호흡부전상태로 현재 마스크 인공호흡기를 사용하고 있으며, 하루 2시간 씩 2번 인공호흡기를 떼는 것이 가능한 상태(하루 20시간 인공호흡기 사용)로 확인되어 경과규정 상의 나. 제외기준 1)영구적 인공호흡기 사용이 필요하거나 기관절개술을 받은 경우에 해당하므로 Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 졸겐스마주)로의 교체투여 신청을 불승인함.</p>
	D	여	23개월	승인	<p>이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」(보건복지부 고시 제2022-181호, 2022. 8. 1. 시행) (경과규정) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자의 교체투여 인정 조건에 명시된 급여개시일(2022.8.1.) 이전부터 Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자로서 대상 조건을 모두 만족하고, 제외대상 조건에 해당하지 않는 경우에 부합하므로 Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 졸겐스마주)로의 교체 투여를 승인함.</p>
	E	여	17개월	자료보완	<p>이 건은 운동기능평가의 정확성 확보를 위해 최근에 동시에 시행한 운동기능평가자료 (HINE-2 및 CHOP-INTEND)와 동영상자료의 보완을 요청함</p>

[2022.8.10. 졸겐스마주 분과위원회]

[2022.8.23. 중앙심사조정위원회]

7. 조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상여부

○ 우리원에서는 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)에 따라 조혈모세포이식 요양급여 또는 선별급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.

○ 조혈모세포이식 실시 대상자는 진료심사평가위원회의 심의 결과 요양급여 기준에 적합한 경우는 요양급여대상으로 인정하며, 적합하지 않은 경우에도 선별급여대상으로 인정 할 수 있음.

- 선별급여대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)」 제4조제3항 [별표3] 선별급여대상자 요양급여비용 산정방법에 따라 이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 요양급여비용 (이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균 치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

- 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(검사와 합병증 및 후유증 진료비 등)에 대하여는 국민건강보험법 시행령 [별표2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용함.

□ 조혈모세포이식 대상자 승인

○ 심의결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		364	221	5	138	-
처리결과	요양급여	266	160	4	102	-
	선별급여	98	61	1	36	-
	취하	0	0	0	0	-

※ 신청기관 : 44개 요양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
동종	총 221건	요양급여 : 160건	급성골수성백혈병 : 51건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우  이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			급성림프모구백혈병	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			: 42건	<p>2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우  나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우  (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성  (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열  (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만  (3) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상  (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우  (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response  (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)  (다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			골수형성이상증후군 : 33건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우  (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high  (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) <math>500/\mu l</math> 이하이면서 혈소판 <math>20,000/\mu l</math> 이하  (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			비호지킨림프종 : 6건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>(나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(다)에 해당하거나, 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(자) 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 11건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>60x109/L 다) 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 및 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			일차골수성유증 : 10건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수성유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수성유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수성유증으로 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			만성골수성백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상) 나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 티로신 키나제 억제제(TKI) 2개에 실패하거나 불내성을 보이는 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			혈구포식림프조직구증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-10)에 의하면, 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)은 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있으며, 비가족성(비유전적)혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우에 해당하며, 호전되지 않아 요양급여대상으로 승인함.</p>
			다발골수종	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			: 4건	<p>2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-6)에 의하면, 다발골수증(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1  나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우  다) 만성 신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 다발골수증으로 ECOG 수행능력평가 0-1, 부분반응 이상, 만성 신부전이 아닌 경우에 모두 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 61건	급성골수성백혈병 : 27건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)  - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우  나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)  - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 3차 완전관해가 확인되어 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나)에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>- 1 locus 불일치까지 인정한다.  나) 비혈연관계에 있는 경우  - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.  다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우  - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.  제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여 기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 "조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증 재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다"고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병 상병에서 3차 동종조혈모세포이식 예정으로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병 : 12건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.  가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우  나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우  (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우  (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성  (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열  (다) 염색체수 44 미만  (2) 진단시 1세 미만</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(3) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상  (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우  (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우  (가) Poor Steroid Response  (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)  (다) Early T cell Precursor Phenotype  다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우  라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 1차, 2차 완전관해된 경우 또는 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우임이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>이 건은 1차, 2차 완전관해가 확인되지 않고 CART 치료 후 동종 조혈모세포이식의 효과에 대한 근거가 부족하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 "조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구성백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증 재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다"고 규정하고 있음.</p>
				<p>이 건은 골수림프모구성백혈병 상병에서 4차 동종조혈모세포이식 예정으로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 비혈연관계에서 1 allele 이상 불일치하는 경우로, 위의 나) 비혈연관계에 있는 경우 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정하는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-나-1)에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. 가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 나) 비혈연관계에 있는 경우- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다”고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			골수형성이상증후군 : 9건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우  (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high  (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우  (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하  (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST) 에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl 을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 "조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다"고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군(MDS)상병에서 3차 동종조혈모세포이식 예정으로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			비호지킨림프종 : 6건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 여대상자로 인정하고 있음.2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>(나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 "조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다"고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종상병에서 2차 동종조혈모세포이식 예정으로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 5건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10<sup>9</sup>/L 다) 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈의 진단 근거가 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 골수검사 상 세포총실도 및 말초혈액검사 결과가 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-나-1)에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. 가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 나) 비혈연관계에 있는 경우- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우- 상기</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다”고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			일차골수섬유증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도 (High risk)와 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 DIPSS plus risk category의 고위험도 및 중등위험도-2를 확인할 수 없어 기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			신경모세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 "조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증 재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다"고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 신경모세포종 상병에서 3차 동종 조혈모세포이식 예정으로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
제대혈	총 5건	요양급여 : 4건	급성림프모구백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성  (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열  (다) 염색체수 44 미만  (2) 진단시 1세 미만  (3) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상  (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우  (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우  (가) Poor Steroid Response  (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)  (다) Early T cell Precursor Phenotype  (4) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우  (라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			골수형성이상증후군 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우  (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high  (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high  (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우  (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) <math>500/\mu l</math> 이하이면서 혈소판 <math>20,000/\mu l</math> 이하  (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) <math>500/\mu l</math> 이하이면서 혈소판 <math>20,000/\mu l</math> 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 1건	급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
자가			다발골수종 : 50건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
	총 138건	요양급여 : 102건	비호지킨림프종 : 36건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</p> <p>(다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)  (다) Mantle Cell Lymphoma  (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma  (마) Burkitt Lymphoma  (바) Peripheral T-cell Lymphoma  (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma  (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(바) 중 어느 하나에 해당하거나, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(아) 중 어느 하나에 해당하므로 영양급여대상으로 승인함.</p>
			호지킨림프종 : 5건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)  - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우  나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)  - 1차 혈액학적 완전관해인 경우</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			소아뇌종양 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-나-9)에 의하면, 소아뇌종양은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우  (1) 수모세포종(Medulloblastoma)  (가) 진단 시 3세 이하  (나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm<sup>2</sup> 이상인 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(다) 두개강 내 전이가 있는 경우  (라) Anaplastic type  (2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT)  (3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우  나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 소아뇌종양으로 위 기준 가)수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우이면서 위 (1)~(3) 중 하나에 해당하거나, 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			유령종양 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-6)에 의하면, 유령종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우  (1) metastatic disease at diagnosis  (2) bulky primary tumor ( &gt;200 ml )  (3) axial site  나) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회 이상)을 병용하여 부분반응 이상을 보이거나, 완전관해에 도달하지 않은 경우  다) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 유령종양으로 진단 시 (1)~(3)의 고위험군에 해당하며 부분반응 이상을 보이거나, 위 나) 또는 다)의 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			생식세포종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			신경모세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuroblastoma)은 다음의 경우 영양급여로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우</p> <p>(1) 진단 시 1세 이상이면서 stage IV</p> <p>(2) N-myc 증폭(+)인 stage II 이상</p> <p>나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>이 건은 신경모세포종으로 진단 시 위 가)의 (1)~(2)에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상이거나, 나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			골육종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-나-10)에 의하면, 골육종(Osteosarcoma)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우</p> <p>나) 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때</p> <p>이 건은 골육종으로 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우 또는 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함</p>
			간모세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-나-12)에 의하면, 간모세포종(hepatoblastoma)은 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상이거나 재발되어 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 간모세포종으로 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 재발되어 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함</p>
		선별급여 : 36건	비호지킨림프종 : 15건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상  (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma  - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우  (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)  (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)  (단, stage I 완전관해 제외)  (마) Peripheral T-cell Lymphoma  (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)  (바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia  (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)  (다) Mantle Cell Lymphoma  (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma  (마) Burkitt Lymphoma  (바) Peripheral T-cell Lymphoma  (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma  (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Diffuse Large B Cell Lymphoma로 LDH나 Ann Arbor stage 등 고위험군 소견을 확인 할 수 없어 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 제출자료 확인 결과 의학적으로 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수종 : 9건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않고 6개월 이내에 시행하거나, VGPR 이상의 반응을 보이면서 경과관찰에서 진행성 소견을 보이거나, VGPR 유지기간이 12개월 미만에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응 기간을 알 수 있는 자료가 확인 되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			AL 아밀로이드증 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하면서 ECOG 수행능력평가에 0-2에 해당하며 장기부전(심·신·간·폐 부전)이 아닌 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			생식세포종 : 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인 되지 않는 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상임이 확인되지 않는 경우에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			골육종 : 1건	<p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 골육종 상병에서 2차 자가 조혈모세포이식 예정으로 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			신경모세포종 : 1건	<p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 신경모세포종 상병에서 3차 자가 조혈모세포이식 예정으로 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			윌름스종양 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-나-8)에 의하면, 윌름스종양(Wilms Tumor)은 재발 후 구제</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 윌름스종양으로 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			CNS embryonal tumor : 1건	<p>이 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Choroid plexus carcinoma : 1건	
계	364건			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
1	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
2	동종조혈모	남	37	비호지킨림프종(Hepatosplenic T cell lymphoma)	선별급여
3	동종조혈모	남	48	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
4	동종조혈모	여	46	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
5	동종조혈모	남	42	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
6	동종조혈모	남	39	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
7	동종조혈모	남	18	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
8	동종조혈모	남	46	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
9	동종조혈모	남	72	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
10	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
11	동종조혈모	여	66	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
12	동종조혈모	남	40	Aplastic anemia	선별급여
13	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
14	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
15	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
16	동종조혈모	남	6	신경모세포종(Neuroblastoma)	선별급여
17	동종조혈모	남	55	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
18	동종조혈모	여	4	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
19	동종조혈모	남	45	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
20	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
21	동종조혈모	남	8	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
22	동종조혈모	남	53	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
23	동종조혈모	남	28	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
24	동종조혈모	남	62	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	선별급여
25	동종조혈모	남	48	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
26	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
27	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
28	동종조혈모	여	38	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
29	동종조혈모	여	17	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
30	동종조혈모	여	17	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
31	동종조혈모	남	33	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
32	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
33	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
34	동종조혈모	여	44	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
35	동종조혈모	남	70	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
36	동종조혈모	여	20	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
37	동종조혈모	남	56	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
38	동종조혈모	남	38	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
39	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
40	동종조혈모	여	70	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
41	동종조혈모	남	61	비호지킨림프종(T-cell prolymphocytic leukemia)	선별급여
42	동종조혈모	여	69	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
43	동종조혈모	남	41	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
44	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
45	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
46	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
47	동종조혈모	여	31	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
48	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
49	동종조혈모	여	15	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
50	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
51	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
52	동종조혈모	남	29	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
53	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
54	동종조혈모	여	29	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
55	동종조혈모	남	4	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
56	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
57	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
58	동종조혈모	여	20	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
59	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
60	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
61	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
62	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
63	동종조혈모	남	60	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
64	동종조혈모	여	33	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
65	동종조혈모	여	35	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
66	동종조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
67	동종조혈모	남	43	BPDCN	요양급여
68	동종조혈모	남	16	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
69	동종조혈모	여	50	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
70	동종조혈모	여	25	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
71	동종조혈모	여	25	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
72	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
73	동종조혈모	남	15	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
74	동종조혈모	남	26	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
75	동종조혈모	남	41	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
76	동종조혈모	여	56	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
77	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
78	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
79	동종조혈모	여	48	다발골수증(MM)	요양급여
80	동종조혈모	남	46	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
81	동종조혈모	남	47	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
82	동종조혈모	여	66	다발골수증(MM)	요양급여
83	동종조혈모	남	37	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
84	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
85	동종조혈모	남	22	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
86	동종조혈모	남	56	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
87	동종조혈모	여	53	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
88	동종조혈모	여	13	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
89	동종조혈모	남	17	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
90	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
91	동종조혈모	남	68	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
92	동종조혈모	남	19	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
93	동종조혈모	여	11	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
94	동종조혈모	여	53	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
95	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
96	동종조혈모	여	44	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
97	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
98	동종조혈모	남	54	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
99	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
100	동종조혈모	남	38	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
101	동종조혈모	여	49	CMML-2	요양급여
102	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
103	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
104	동종조혈모	남	37	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
105	동종조혈모	여	53	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
106	동종조혈모	여	58	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
107	동종조혈모	남	18	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
108	동종조혈모	여	35	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
109	동종조혈모	남	3	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
110	동종조혈모	여	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
111	동종조혈모	남	48	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
112	동종조혈모	여	56	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
113	동종조혈모	남	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
114	동종조혈모	여	67	CMML-1	요양급여
115	동종조혈모	남	37	CMML-2	요양급여
116	동종조혈모	여	49	다발골수종(MM)	요양급여
117	동종조혈모	여	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
118	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
119	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
120	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
121	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
122	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
123	동종조혈모	여	35	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
124	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
125	동종조혈모	남	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
126	동종조혈모	남	45	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
127	동종조혈모	여	66	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
128	동종조혈모	남	57	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
129	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
130	동종조혈모	남	65	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
131	동종조혈모	여	68	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
132	동종조혈모	남	63	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
133	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
134	동종조혈모	남	47	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
135	동종조혈모	남	30	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
136	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
137	동종조혈모	남	64	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
138	동종조혈모	남	35	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
139	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
140	동종조혈모	남	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
141	동종조혈모	여	32	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
142	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
143	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
144	동종조혈모	여	48	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
145	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
146	동종조혈모	여	47	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
147	동종조혈모	남	53	다발골수종(MM)	요양급여
148	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
149	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
150	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
151	동종조혈모	여	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
152	동종조혈모	여	12	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
153	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
154	동종조혈모	남	17	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
155	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
156	동종조혈모	남	17	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
157	동종조혈모	여	59	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
158	동종조혈모	남	41	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
159	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
160	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
161	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
162	동종조혈모	여	57	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
163	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
164	동종조혈모	여	60	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
165	동종조혈모	여	22	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
166	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
167	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
168	동종조혈모	여	54	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
169	동종조혈모	남	37	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
170	동종조혈모	여	22	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
171	동종조혈모	여	67	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
172	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
173	동종조혈모	남	68	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
174	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
175	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
176	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
177	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
178	동종조혈모	여	10	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
179	동종조혈모	여	57	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
180	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
181	동종조혈모	여	49	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
182	동종조혈모	남	33	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
183	동종조혈모	여	58	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
184	동종조혈모	남	25	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
185	동종조혈모	여	52	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
186	동종조혈모	남	52	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
187	동종조혈모	여	7	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
188	동종조혈모	여	35	일차골수성유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
189	동종조혈모	여	22	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
190	동종조혈모	남	62	Myelofibrosis	요양급여
191	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
192	동종조혈모	여	2	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
193	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
194	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
195	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
196	동종조혈모	여	34	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
197	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
198	동종조혈모	남	19	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
199	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
200	동종조혈모	남	59	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
201	동종조혈모	여	40	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
202	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
203	동종조혈모	여	22	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
204	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
205	동종조혈모	여	41	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
206	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
207	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
208	동종조혈모	여	28	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
209	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
210	동종조혈모	남	6	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
211	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
212	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
213	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
214	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
215	동종조혈모	남	6	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
216	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
217	동종조혈모	여	1	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
218	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
219	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
220	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
221	동종조혈모	여	43	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
222	제대혈조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
223	제대혈조혈모	여	21	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
224	제대혈조혈모	여	37	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
225	제대혈조혈모	남	47	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
226	제대혈조혈모	여	54	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
227	자가 후 자가	남	6	신경모세포종(Neuroblastoma)	선별급여
228	자가조혈모	여	72	다발골수종(MM)	선별급여
229	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	선별급여
230	자가조혈모	남	56	AL아밀로이드증(AL amyloidosis)	선별급여
231	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
232	자가조혈모	남	73	다발골수종(MM)	선별급여
233	자가조혈모	남	17	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
234	자가조혈모	남	7	윌름스종양(Wilms tumor)	선별급여
235	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
236	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	선별급여
237	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	선별급여
238	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종(mature b-cell neoplasm)	선별급여
239	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	선별급여
240	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(T cell neoplasm)	선별급여
241	자가조혈모	남	43	다발골수종(MM)	선별급여
242	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
243	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종(T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma)	선별급여
244	자가조혈모	남	9	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
245	자가조혈모	여	70	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
246	자가조혈모	남	49	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
247	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	선별급여
248	자가 후 자가	남	16	골육종(Osteosarcoma)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
249	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Waldenstrom's macroglobulinaemia)	선별급여
250	자가조혈모	남	47	AL 아밀로이드증(ALAmyloidosis)	선별급여
251	자가조혈모	여	32	호지킨림프종	선별급여
252	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(nodal cytotoxic T-cell Lymphoma)	선별급여
253	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	선별급여
254	자가 후 자가	여	50	다발골수종(MM)	선별급여
255	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
256	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	선별급여
257	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Intravascular CNS lymphoma)	선별급여
258	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종(Waldenstrom's macroglobulinaemia)	선별급여
259	자가조혈모	남	2	Choroidplexus carcinoma	선별급여
260	자가조혈모	남	19	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
261	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종(T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma)	선별급여
262	자가조혈모	여	2	CNS embryonal tumor	선별급여
263	자가조혈모	남	26	호지킨림프종	요양급여
264	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
265	자가조혈모	여	70	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
266	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
267	자가 후 자가	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
268	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
269	자가조혈모	남	6	신경모세포종(Neuroblastoma)	요양급여
270	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	요양급여
271	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
272	자가조혈모	여	30	생식세포종(Germcelltumor)	요양급여
273	자가조혈모	여	10	골육종(Osteosarcoma)	요양급여
274	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
275	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
276	자가조혈모	남	51	호지킨림프종	요양급여
277	자가조혈모	여	13	호지킨림프종	요양급여
278	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
279	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
280	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
281	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
282	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
283	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
284	자가조혈모	여	13	유령종양	요양급여
285	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
286	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
287	자가조혈모	남	22	호지킨림프종	요양급여
288	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
289	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	요양급여
290	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
291	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
292	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
293	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
294	자가조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
295	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
296	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma)	요양급여
297	자가조혈모	남	46	다발골수종(MM)	요양급여
298	자가조혈모	남	45	다발골수종(MM)	요양급여
299	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
300	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
301	자가조혈모	여	34	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
302	자가조혈모	여	47	다발골수종(MM)	요양급여
303	자가조혈모	여	42	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
304	자가조혈모	남	30	생식세포종(Germcelltumor)	요양급여
305	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
306	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
307	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	요양급여
308	자가조혈모	남	14	비호지킨림프종(B-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
309	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
310	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
311	Tandem(자가-자가)	남	2	수모세포종(Medulloblastoma)①	요양급여
312	자가조혈모	남	43	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
313	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
314	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
315	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
316	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
317	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma)	요양급여
318	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
319	자가조혈모	남	25	비호지킨림프종(Primary mediastinal large B-cell lymphoma)	요양급여
320	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
321	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
322	자가조혈모	여	10	유형종양	요양급여
323	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	요양급여
324	자가 후 자가	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
325	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
326	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
327	자가조혈모	남	41	다발골수종(MM)	요양급여
328	자가조혈모	남	54	호지킨림프종	요양급여
329	자가 후 자가	여	7	수모세포종(Medulloblastoma)	요양급여
330	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
331	자가 후 자가	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
332	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
333	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
334	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
335	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
336	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
337	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
338	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
339	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
340	자가조혈모	남	40	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
341	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
342	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
343	자가조혈모	여	14	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)	요양급여
344	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
345	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
346	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
347	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
348	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
349	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
350	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
351	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
352	자가조혈모	남	28	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
353	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
354	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
355	자가조혈모	남	13	골육종(Osteosarcoma)	요양급여
356	자가조혈모	남	4	간모세포종(Hepatoblastoma)	요양급여
357	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
358	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
359	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
360	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
361	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종(Extranodal marginal zone lymphoma)	요양급여
362	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
363	자가조혈모	여	69	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
364	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여

[2022.8.19.~8.23. 조혈모세포이식 분과위원회, 2022.8.9. 중앙심사조정위원회]